

Histoplasmosis diseminada en SIDA. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Disseminated histoplasmosis in AIDS. A case report.

BUSTAMANTE Beatriz; SEAS Carlos; SANCHEZ Jorge; GOTTUZO Eduardo*

*Departamento de Enfermedades Transmisibles y Dermatológicas. Hospital de Apoyo Cayetano Heredia.

PRESENTACION DEL CASO

Varón de 33 años, natural y procedente de Lima ingresa a la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (UEIT) en marzo de 1990 con un tiempo de enfermedad de 5 meses caracterizada por fiebre vespertina, disnea de evolución progresiva, dolor torácico, pérdida de peso considerable y diarrea acuosa. Reconoció haber viajado permanentemente a la Selva Central de nuestro país desde hace 8 años y mantener relaciones homosexuales con múltiples parejas 3 años antes del ingreso. No se obtuvieron otros antecedentes de importancia.

Al examen físico destacaba, fiebre de 38° C, pulso en 100x', respiraciones en 30x', P.A.> 90/60, sin ortostatismo, lucía crónicamente enfermo, adelgazado, pálido, con hipocratismo digital y lesiones compatibles con candidiasis oral, ictericia de escleras, el murmullo vesicular disminuído en la mitad inferior del hemitorax izquierdo, al examen cardiovascular presentaba un soplo II/VI multifocal y el hígado se palpaba en 3 cm. debajo del reborde costal.

La radiografía de tórax demostró un patrón retículo micronodular bilateral y neumotórax izquierdo de 40%, no se observó ensanchamiento mediastinal, fue sometido a toracotomía de drenaje en el hemotórax izquierdo y posteriormente a biopsia pulmonar la que demostró en cultivo y por examen patológico la presencia de *Histoplasma capsulatum*, no observándose otros patógenos.

Los exámenes de laboratorio demostraron hematocrito, en 31% con índice de producción medular de 0.2, leucopenia de 3500, con linfopenia absoluta y recuento de linfocitos T4 en 70, las pruebas hepáticas demostraron transaminasas elevadas en 282 la TGO y 660 la TGP.

Las pruebas de ELISA y Western Blot para infección por VIH fueron positivas, en los cultivos en Agar Sabouraud de médula ósea y sangre se aisló *H. capsulatum* y en la inmunodifusión para este hongo se visualizaron las bandas de precipitación H y M. Múltiples cultivos para bacterias en sangre y orina fueron negativos. Los exámenes de heces demostraron *Cryptosporidium* e *Isosporabelli*. Además se documentó clínicamente y en cultivo candidiasis oral. Se observó BAAR en tinción de Ziehl Nielsen en muestra de esputo, siendo negativo para *P. carinii*. Fue tratado con una combinación de drogas antituberculosas que incluían isoniazida, pirazinamida y etambutol, además de ketokonazole y cotrimoxazole.

La evolución fue tórpida, hizo distress respiratorio severo, falleciendo al mes de haber sido hospitalizado. No pudo realizarse necropsia.

DISCUSION

Histoplasmosis diseminada es una condición poco frecuente, presentándose en menos del 10% de los casos sintomáticos por esta enfermedad (1). Se reconoce a niños, ancianos inmunosuprimidos por depresión de la inmunidad celular, recipientes de transplante renal o de médula ósea y a pacientes en tratamiento esteroideo prolongado, como individuos en riesgo (2).

Desde la aparición de la epidemia de Sida en 1981, formas diseminadas de Histoplasmosis han sido reportadas con frecuencia creciente, especialmente en zonas endémicas para ésta enfermedad en Norteamérica, como Alabama, Indianápolis, Texas, donde el 67.75% de los pacientes con Sida desarrollan formas diseminadas de la enfermedad (3). El Centro de Control de Enfermedades en Norteamérica (CDC) reconoció desde 1985 la forma diseminada de Histoplasmosis como indicador de inmunosupresión en Sida (4).

La ausencia de hallazgos pulmonares en 48% de los casos sugiere que la reactivación de infección previa es el mecanismo responsable de la presentación más que infección primaria, como suele ocurrir con otras infecciones oportunistas (3).

El cuadro clínico es inespecífico, con fiebre, pérdida de peso, esplenomegalia y patrón intersticial en la radiografía de tórax como las características más prominentes (3). Se ha sugerido que el hallazgo de elementos jóvenes eritroides en sangre periférica con monocitopenia correlacionan con frotis en lámina periférica positivas a *H.capsulatum* recomendando éste último procedimiento como método diagnóstico rápido (5), al que debe sumarse el mielocultivo, con una positividad que varía entre 69 y 85% y el hemocultivo para el cual se recomienda usar el método de lisis-centrifugación (6), así como citología en médula ósea y biopsias con cultivo de órganos presumiblemente comprometidos (5).

La mortalidad ha sido 100% en aquellos que recibieron menos de 500 mgr de Anfotericin B contra 50% en quienes recibieron más de esta cantidad (7). En los sobrevivientes, la terapia de mantenimiento para evitar recaídas es una práctica aceptada. Se ha recomendado ketokonazol como la droga a usar, sin embargo, la alta tasa de reacciones adversas y la asociación con hipoadrenalismo (7), han hecho necesario usar otras drogas entre las que destacan itraconazol y fluconazol (7) (8).

El caso que presentamos grafica todas las características que se describen para pacientes con Sida e Histoplasmosis: presentación sub-aguda en pacientes provenientes de zonas endémicas, con fiebre, pérdida de peso, y patrón intersticial en la radiografía de tórax, cultivos positivos de órganos comprometidos y hemocultivo.

De no contarse con buenos tratamientos la mortalidad es de 100%. La asociación con TBC ha sido reportada en 4% en USA (3).

En nuestro país la prevalencia de infección por Histoplasmosis en algunas zonas de Selva, medida por reacción cutánea a histoplasmina oscila entre 49 y 80% de las poblaciones estudiadas (9) (10).

Este es el primer caso atendido por la UEIT por Histoplasmosis diseminada en Sida; debe sin embargo, llamarse la atención a médicos que atiendan pacientes con Sida provenientes de zonas endémicas de Histoplasmosis a considerar el diagnóstico tempranamente y a realizar la metodología diagnóstica sugerida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goodwin R. and Des Perez R. *Histoplasma Capsulatum* in Mandell G, Douglas G and Benneth. Principles and Practice of Infectious Diseases, Second Edition, 1468-1476, 1985, John Wiley and son.
2. Wheat J. Histoplasmosis and AIDS. *Journal of Infectious Diseases*, 1583: 623-6, 1988.
3. Johnson P et al. Progressive disseminated histoplasmosis in patients with AIDS. *American Journal of Medicine*, 85: 152-8, 1988.
4. Centers for Disease Control: Revision of the case definition of AIDS for National Reporting-USA. *MMWR* 34: 373-5, 1985.
5. Kurtin P et al. Histoplasmosis in patient with AIDS-Hematologic and bone marrow manifestations. *American Journal of Clinical Pathology*, 93(3):367-72, 1990.
6. Paite S et al. Progressive disseminated histoplasmosis in patient with AIDS. *American Journal of Medicine* 86: 141-2, 1989.
7. Graybill J. Histoplasmosis and AIDS. *Journal of Infectious Diseases* 1583: 623-6, 1988.
8. Graybill J et al. Antifungal azole therapy of histoplasmosis in AIDS. Abstracts of the 10 congress of the International Society for Human and Animal Mycology *revista Ibérica de Micología* 5-Suppl, 146, 1988.
9. Bustamante B y Llanos A. Estudio epidemiológico con histoplasmina en la región del Río Santiago. Cuartas Jornadas Científicas de la UPCH, 1986.
10. Bustamante B y Chang J. Estudio Epidemiológico con Histoplasmina en el valle de Paicán. Quintas Jornadas Científicas, UPCH. 1988.